

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 1923

N° 103

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

TUMEURS FIBREUSES

de la région sous-péritonéale antérieure

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 mars 1923

PAR

Daniel, Marc, Jean ROUX

Né à ST-AMANT-DE-BOIXE (Charente) le 19 Février 1894

Examineurs de la Thèse

MM BÉGOIN, professeur. *Président.*
POUSSON, professeur.
ROCHER, agrégé.
DUVERGEY, agrégé.

Juges.

ANGOULÊME

Imp. A. OLIVIER & Co, 15, rue d'Arcole

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922.1923

N° 103

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
TUMEURS FIBREUSES
de la région sous-péritonéale antérieure

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 mars 1923

PAR

Daniel, Marc, Jean ROUX

Né à ST-AMANT-DE-BOIXE (Charente) le 19 Février 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur. <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur.		
		ROCHER, agrégé.		
		DUVERGEY, agrégé.		

ANGOULÊME

Imp. A. OLIVIER & C^o, 15, rue d'Arcole

1923

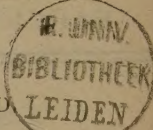
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS

Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD



PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOU.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médic. des maladies des enfants	MOUSSON.
Anatomie patholog. et microscopie cliniq.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exot.	LE DANT.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiq.	W. DJBR.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. méd.	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé)	id.	MICHEL.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERREN.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé)	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERG.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈR.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈR.
id.	DUPERIÉ.	Pharmacie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÈ.	Puériculture	ANDÉRO.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . . . MM. ROCHE
Cours complémentaire annexe . — Prothèse et rééducation professionnelle . . . GOURDO

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,

A MA GRAND'MÈRE, A MON PÈRE, A MA MÈRE,

Faible témoignage de ma plus tendre
affection et de ma vive recon
naissance.

A MES ONCLES ET A MA TANTE,

Témoignage d'affection.

A mon camarade et ami le Docteur JEAN BIDOT,
Ancien interne de la maison de santé de Saint-Luc-de-Pau
Médecin des troupes coloniales

A Monsieur le Docteur ROQUES,
Radiologiste de l'hôpital des Enfants de Bordeaux

A Monsieur le Docteur DELMAS,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier

A MON MAITRE,

Monsieur le Docteur FÉLIX PAPIN,

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux,*

« En dehors de vos savantes leçons, vous fûtes
toujours prêt à nous prodiguer des conseils pré-
cieux, nous vous prions de vouloir bien accepter
l'hommage de notre reconnaissance. »

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Docteur BÉGOUIN,

*Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux*

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Instruction publique

Membre Correspondant de la Société de Chirurgie

« Vous nous faites le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse, nous vous
prions de vouloir bien agréer avec nos plus vifs
remerciements, l'assurance de notre très respec-
tueuse gratitude. »

INTRODUCTION

M. le Professeur Delmas, de la Faculté de Montpellier, eut l'occasion d'opérer dernièrement, dans sa clinique de Pau, une tumeur abdominale particulière, occupant en partie la région sous-péritonéale antérieure.

Ce cas lui paraissait intéressant, il nous inspira d'en faire le sujet de notre thèse et nous fit l'honneur de nous fournir l'observation :

Nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de nos sentiments très respectueux et reconnaissants.

Au cours de ce modeste travail, nous nous proposons en vous présentant cette curieuse observation, précédée d'un résumé des cas plus ou moins comparables que nous ont apportés nos recherches, de contribuer à l'étude de ces tumeurs si exceptionnelles.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Nous avons parcouru les travaux publiés sur les Fibromes de la paroi abdominale. — Huguier, 1860. — Bodin, thèse, Paris, 1861. — Salesses, thèse, Paris, 1876. — Damalix, thèse, Paris, 1886. — Nélaton, 1862.

— Guyon, 1875, en France. — Suadicani, en Allemagne. — Labbé et Rémy résumant en 1888 dans leur travail : « Traité des Fibromes de la paroi abdominale antérieure », ce qui était paru jusqu'à ce jour.

— Bireaux, thèse, Bordeaux, 1897.

— Lequette, thèse, Lille, 1894. — Noirot, thèse, Paris, 1897.

— Valat, thèse, Toulouse, 1913. — Gérard, thèse, Paris, 1909.

— Loubry, thèse, Lille, 1903.

Wassilevsky, thèse, Montpellier, 1903.

De ces nombreux travaux, il ressort que sous l'appellation « fibromes de la paroi antérieure », on a réuni toute une catégorie de tumeurs, qui ont des caractères différents, une évolution différente.

Certains de ces fibromes, fibromes purs, méritent, pensons-nous, d'être rapprochés de la tumeur que nous présentons parce que :

1° Leur évolution se fait dans la région sous-péritonéale. Ils adhèrent plus ou moins d'une part à la paroi, d'autre part au péritoine ;

2° Ce sont, en majorité, des fibromes purs ;

3° Ils surviennent aussi chez des multipares et leur étiologie et leur développement nous paraît être le même.

Ils s'en différencient, d'abord par leur évolution qui la plupart du temps est moins péritonéale et plus pariétale ; ensuite, par ce fait, qu'ils se développent unilatéralement et non symétriquement.

En 1905, un mémoire paru dans les *Annals of Surgery*, t. XLI, p. 823, mémoire de Whitney et Harrington : Subperitonéal pelvic fibromata, relate 19 cas de fibromes préperito-

néaux (Morgagny, Blüchner, Langenbeck, Bigelow, Tillaux).

Ce sont des fibromes du petit bassin, nés entre la vessie et l'utérus et entre le rectum et la vessie.

Ils occupaient dans le bassin les espaces décollables et paraissaient avoir clivé les organes en les refoulant lentement ; certains même s'extériorisaient en avant, le long du vagin (Langenbeck, Blüchner), d'autres en arrière, par l'échancrure sciatique, vers la fesse (Tillaux).

Ils purent être extirpés sans difficulté, sans léser les organes voisins, car ils étaient facilement énucléables.

En 1910, Heitz Boyer et Doré dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, ont rassemblé 33 cas de fibromyomes de la vessie, mais dans tous ces cas, il y avait toujours, en un point, une adhérence qui pouvait indiquer que la tumeur était née au dépens de la musculature lisse de cet organe.

C'était des fibromyomes et non des fibromes purs.

En 1914, M. Périer présenta à la Société de Chirurgie, un travail de M. Dervaux, de Saint-Omer, intitulé : *Tumeur fibreuse incluse dans le petit bassin chez l'homme*.

Le malade, 63 ans, ancien terrassier-maçon, présentait des troubles vésicaux occasionnés par une tumeur abdominale : ces troubles évoluèrent jusqu'à la rétention complète. Le malade fut opéré. Après une incision verticale ombilico-pubienne, le péritoine fut décollé et relevé facilement ; la vessie et la tumeur formaient un bloc unique recouvert par un fascia assez épais, chargé de graisse, dans lequel rampaient à la partie antérieure, de gros vaisseaux, tandis que la partie postérieure en était dépourvue. Le fascia est effondré, la tumeur apparaît lisse, irrégulière, de coloration bleue nacréée, d'aspect presque cartilagineux, nettement encapsulée et n'ayant d'autres connexions avec les organes voisins que de très nombreux tractus de tissu cellulaire lâche plus ou moins condensé, relativement faciles à décoller, et peu vasculaires.

Le clivage et l'extirpation sont cependant difficiles à cause de l'abondance de ces adhérences ; la tumeur est même coincée

contre les parois du bassin. On la morcelle et elle présente des masses d'aspect nettement fibreux. — Elle est régulière avec, cependant, des verrucosités et même un petit fibrome secondaire du volume d'une grosse noix, qui s'insinue entre la vessie et le rectum.

Pas de pédicule proprement dit, simple densification du tissu cellulaire au pôle antéro-inférieur.

La tumeur, du poids de 460 grammes, était un fibrome pur à éléments jeunes.

Dans ce cas, la néoformation est assez localisée autour de la vessie, tumeur et vessie forment une masse unique, entourée d'un fascia commun, qui est, évidemment, le fascia périvésical, mais il n'y a aucune adhérence intime.

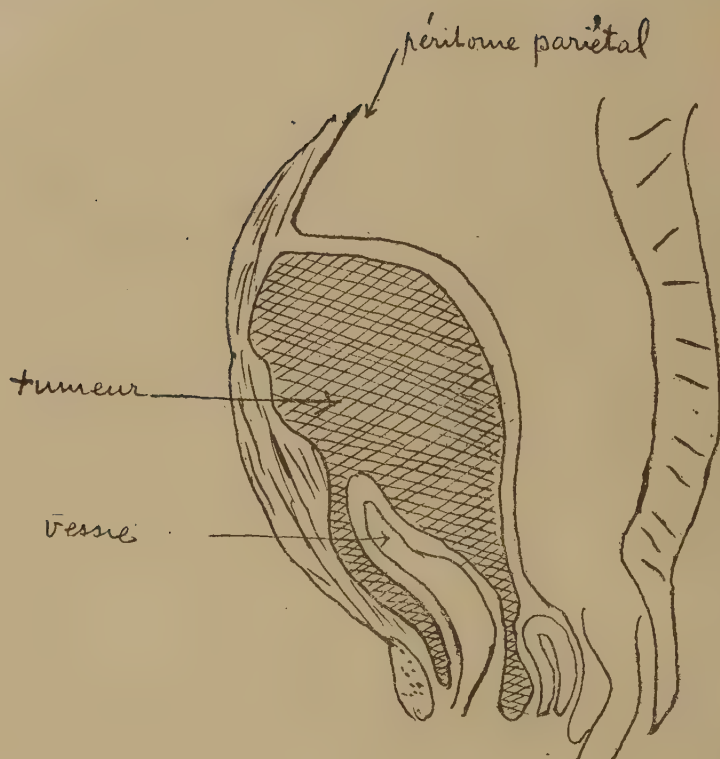
L'auteur de cette observation n'hésite pas à l'interpréter comme l'analogie chez un homme des fibromyomes du ligament large et à lui attribuer la même origine au dépens du tissu fibromusculaire qui double le péritoine pelvien et engaine les vaisseaux de cette région :

« Nous avons été frappé, dit-il, de la ressemblance de cette tumeur avec celle de même nature du ligament large féminin : même absence de pédicule, même encapsuliment, même tendance à la dégénérescence et au ramollissement... à la vérité, rien ne s'oppose à l'assimilation absolue des deux variétés de tumeur ; l'existence de tissu fibreux et de fibres musculaires lisses dans cette région, n'est pas un privilège féminin, ce qui l'est seulement, c'est sa plus grande abondance, sa localisation, sa condensation, sa plus grande exposition aux irritations et aux variations circulatoires. »

Comme l'a fait remarquer M. Cunéo, à la Société de Chirurgie, il eût été intéressant de savoir si la tumeur renfermait des fibres lisses et le manque de précision de cet examen histologique ne permit pas à la discussion de se terminer par une conclusion.

Cette tumeur ayant évolué dans l'espace sous-péritonéal antérieur nous a semblé mériter d'être rapprochée de notre cas.

CHAPITRE II



Observation (Professeur DELMAS, de Montpellier)

M^{me} M. C..., 49 ans, vient me consulter pour une énorme tumeur abdominale correspondant au volume d'une grossesse à terme.

Cette tumeur aurait mis 6 à 7 ans à se développer.

La femme, qui a eu huit enfants, n'est pas encore ménopausée, mais depuis cinq ans, les pertes sont plus abondantes et avec caillots.

L'état général s'est cependant maintenu assez bon.

Au palper, on sent une tumeur irrégulière et très difficilement limitable. Elle dépasse largement l'ombilic et paraît formée de masses distinctes. Nulle part, on n'a l'impression de la dureté du fibrome, pas de fluctuation.

Au toucher, le col est inaccessible et le cul de sac antérieur est rempli par une masse très dure.

Opération. — Anesthésie à l'éther

L'incision va d'emblée de la symphyse à l'ombilic.

Infiltration gélatineuse de la paroi.

Après ouverture de la ligne blanche, le bistouri cherche vainement le feuillet péritonéal. Il se perd au milieu de feuillets cellulaires infiltrés au devant d'énormes masses rappelant le gros intestin et qu'on ne peut libérer de la paroi.

Après quelques tentatives, l'incision pariétale est prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde et la main peut alors seulement pénétrer en péritoine libre. — On peut ainsi très laborieusement luxer la tumeur en dehors du ventre et on s'aperçoit alors qu'elle n'est pas pédiculée, elle est toute entière prépéritonéale et plonge en bas dans le bassin et les fosses iliaques qu'elle remplit.

Un seul point de repère : l'utérus et ses annexes accolés au pôle postéro-inférieur de la tumeur.

Trompes et ovaires sont normaux, mais le péritoine passe directement du fond de l'utérus sur la tumeur, il n'y a plus de cul de sac préutérin. Les pédicules utéro-ovariens sont liés et sectionnés, on procède ensuite à la section du col utérin d'arrière en avant.

Par cette brèche, et en procédant d'arrière en avant et de bas en haut, on décolle ainsi cette énorme tumeur multilobée.

Après son extraction très laborieuse et qui n'a demandé la ligature d'aucun pédicule, on constate que les fosses iliaques, toute la région antérieure du bassin et toute la partie sous-ombilicale de la paroi sont tronquées et dépouillées de leur péritoine resté très adhérent à la face postérieure de la tumeur.

Les deux uretères sont libérés et tendus comme sur une pièce anatomique.

La vessie, qui a été véritablement sculptée dans la tumeur, n'est plus recouverte que de sa paroi musculaire et si allongée dans le sens vertical qu'elle pend entre les cuisses. Une brèche de sa paroi antérieure est suturée en deux plans.

La péritonisation, qui paraît d'abord impossible, peut être réalisée en partant de la face postérieure de l'utérus et en rapprochant progressivement les deux tranches pariétales.

On reconstitue ainsi une cavité étanche qui recouvre les uretères, la vessie et la paroi abdominale antérieure et qui descend directement en bas dans le Douglas, derrière la tranche utérine suturée.

Suture de la paroi, sonde dans la vessie et drain dans l'espace périvésical.

Guérison de la malade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tumeur est très grosse : 9 kil. 550. Elle est formée de cinq ou six masses à parois très vasculaires. Certaines sont très dures et lardacées à la coupe ; d'autres présentent à leur centre

une structure aréolaire avec lacunes remplies de substances muqueuses.

HISTOLOGIE (Professeur VERDUN, de Lille).

Petit fragment : couleur blanchâtre.

Tissu composé de fibroblastes très nombreux, en faisceaux entrecroisés ou en tourbillons. Fibrillation de la substance fondamentale peu prononcée. Par places, les faisceaux de fibroblastes sont séparés par des bandes de substance paraissant homogène ou amorphe (substance collagène) et dans laquelle à l'immersion on peut apercevoir un début de fibrillation.

Vaisseaux sanguins peu nombreux.

Tumeur fibreuse en activité.

Gros fragment : coupe d'un blanc rosé.

Tissu fibreux dans lequel les fibrilles sont dominantes. Ces fibrilles forment des faisceaux ondulés, mais assez lâches, donnant à l'ensemble une consistance assez molle.

Les fibroblastes sont plus rares et forment des îlots cellulaires englobés au milieu des fibrilles où ils sont comme étouffés.

Vaisseaux sanguins nombreux.

Tissu fibreux très vasculaire et adulte.

Conclusion : tumeur fibreuse d'origine sous-péritonéale ou sous-muqueuse.

ORIGINE

Quelle peut être l'origine de cette tumeur fibreuse ?

Occupant la région sous-péritonéale antérieure, après avoir décollé le péritoine des organes qu'il recouvre habituellement et l'avoir repoussé, elle se trouve en majeure partie hors du petit bassin où elle ne plonge que par quelques prolongements. La première question qui se pose est de savoir si elle est née sur place, dans la région sous-péritonéale elle-même ou si elle a eu comme point de départ ou les organes du petit bassin ou la paroi abdominale.

Elle n'a avec l'utérus que des rapports de contiguité. Le péritoine recouvrant la face antérieure de celui-ci a été repoussé par un prolongement de la tumeur et l'opérateur trouva simplement une condensation du tissu cellulaire. De plus, ce n'est pas un fibromyome.

Les annexes étaient normales.

Elle ne paraît pas venir du ligament large ; ces fibromes sont bien connus, ils ont, en général, la même structure que ceux de l'utérus et leur évolution est plutôt latérale.

Ce n'est pas une tumeur à pédicule osteopériostique analogue à celles décrites par Huguier en 1860.

Le ligament rond, non plus, ne semble pas être l'origine de notre néoformation, car les fibromes du ligament rond sont aussi la plupart du temps des fibromyomes et sont intrapariétaux.

Le point de départ ne paraît pas être le tissu propre de la vessie ; nous avons signalé plus haut un mémoire réunissant 35 cas de tumeurs de la vessie, mais toutes étaient des fibromyomes, et il y avait un point d'adhérence entre le tissu musculaire de l'organe et la néoformation ; ici, rien de pareil.

Serait-ce le péritoine lui-même, qui aurait pu engendrer cet énorme fibrome ; cela paraît peu probable. — Certains auteurs à propos des tumeurs de la paroi antérieure qui avaient des adhérences sérieuses avec le péritoine avaient mis cette origine en avant, mais Labbé et Rémy qui se sont livrés à des recherches sur les rapports normaux du péritoine et des aponévroses concluent que dans les cent cas de fibromes de la paroi antérieure, plus ou moins adhérents à la séreuse, jamais celle-ci ne fut le point de départ.

Il nous reste à envisager la paroi antérieure de l'abdomen. — La tumeur que nous étudions avait avec celle-ci des adhérences, et à l'opération, lors de l'incision ombilico-pubienne, on la trouva le siège d'une infiltration gélatineuse ; plus profondément, le bistouri discisa des feuilletts cellulaires infiltrés et il y eut certaines difficultés pour libérer les masses de la paroi.

Des principaux travaux sur les fibromes de la paroi antérieure, il ressort qu'au point de vue origine, on peut les diviser en deux groupes :

1° Ceux qui sont nés dans le tissu sous-péritonéal au dépens du tissu cellulaire ou des aponévroses et qui sont des fibromes purs ;

2° Ceux qui sont nés dans le tissu musculaire au dépens de celui-ci ou des cloisons aponévrotiques et qui contiennent, quelques-uns du moins, des fibres musculaires. Dans le premier groupe, il en est qui, nés dans la région sous-péritonéale, au dépens du tissu cellulo-aponévrotique ont une évolution plutôt péritonéale, avec tendance à s'infiltrer dans les zones décollables, ce sont ces cas qui méritent, croyons-nous, d'être rapprochés du nôtre et nous paraissent avoir la même origine.

Cependant, tous les fibromes de la paroi abdominale signalés, eurent une évolution latérale, alors que la tumeur qui nous occupe présente cette particularité curieuse de s'être symétriquement développée.

Conclusion

Le tissu cellulo-aponévrotique de la région sous-péritonéale antérieure nous paraît chez cette malade être l'origine de la tumeur.

Les huit grossesses et accouchements que cette femme à prédisposition fibreuse, eut à supporter nous engagent à penser que ce tissu, traumatisé, tiraillé, craquelé, à cette occasion, donna naissance à des cicatrices qui évoluèrent vers le fibrome énorme que nous avons trouvé.

REMARQUES

a) Il est curieux de constater que les troubles vésicaux furent absents. Il est, cependant, difficile de s'expliquer le fonctionnement normal d'une vessie incluse dans une tumeur pareille. — Nous croyons que son enclavement dans la tumeur l'ayant déformée en l'allongeant en haut et en arrière, la pression

atmosphérique seule lui permettait de se vider sans avoir à se servir de sa musculature ;

b) La malade signale des ménorragies durant depuis cinq ans. Il y aurait eu quelques caillots.

Il ne faut pas oublier que cette femme a 49 ans et n'est pas encore ménopausée ;

c) Il est à remarquer que cette malade ne présente aucun symptôme de compression, tant du côté du plexus que du côté des vaisseaux.

Elle n'a jamais souffert d'essoufflement, cependant, sans aucun doute, il y avait chez elle une gêne de son diaphragme, qui se trouvait repoussé vers le haut ;

d) La tumeur enlevée est formée de six masses. N'y aurait-il pas un rapport entre chacune de ces masses et les grossesses. Chaque grossesse donnant le *primum movens* nécessaire à l'évolution de chaque masse fibreuse ?

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les tumeurs développées dans l'espace sous-péritonéal antérieur sont très rares.

Nous les avons rapprochées des fibromes de la paroi abdominales qui, eux-mêmes, se rencontrent bien peu souvent.

En effet, on signale que :

Labbé en a opéré 10 cas en 20 ans ,

Bilroth en a opéré 16 cas en 26 ans ;

Ollshausen en a opéré 12 cas en 22 ans.

Iwanoff faisant des recherches dans la littérature médicale en trouva 22 cas, de 1896 à 1901.

Labbé et Rémy, jusqu'en 1888, ne purent en réunir qu'une centaine de cas plus ou moins différents et incomplètement étudiés quant à l'histologie.

La plupart de ces tumeurs fibreuses furent trouvées chez des femmes ayant eu des accouchements.

Lorsqu'on les rencontra chez l'homme, 4 fois dans les 100 cas de Labbé et Rémy, il fut toujours possible de retrouver à l'origine de la tumeur, soit un traumatisme, soit un effort musculaire violent, soit une série de chocs répétés.

C'est ainsi que dans le cas Dervaux, résumé plus haut, le sujet était un terrassier-maçon, ayant eu, par conséquent, des occasions de traumatiser successivement sa paroi abdominale dans l'exercice de sa profession.

Volkman considère le traumatisme comme la cause occasionnelle des fibromes de la paroi et il entend par là les blessures, les inflammations, les contusions et les ruptures spontanées.

« Ces tumeurs succéderaient à un traumatisme, auraient pour origine le travail inflammatoire qui répare les muscles ou les aponévroses endommagés. Il pourrait se présenter une période intermédiaire, le sang extravasé par suite de la rupture, formerait d'abord un hématôme. Cet hématôme se résorberait et se transformerait en une cicatrice, laquelle cicatrice à son tour prendrait une marche compliquée, deviendrait exubérante et passerait sur place à l'état de tumeur. »

Les chéloïdes sont des exemples de la même évolution.

L'accouchement doit être considéré comme produisant une série d'efforts, sorte de traumatismes qui amènent la rupture des muscles et de leurs aponévroses. Dans presque toutes les observations françaises et allemandes, ces tumeurs apparaissent bientôt après l'accouchement.

Buntzen, en 1884, n'est pas de l'avis de Volkmann et de son élève Herzog.

« Il peut y avoir, dit-il, rupture du muscle et des aponévroses, mais c'est peut être parce que le fibrome existait. »

Sänger, en 1884, n'accepte pas non plus ces théories.

« L'adhérence se fait surtout avec les aponévroses; si le tissu musculaire en était l'origine, on devrait trouver la tumeur entre deux aponévroses intactes, ce qui n'a pas lieu. »

La théorie des vestiges embryonnaires de Conheim lui paraît encore moins soutenable, elle est appuyée surtout sur un cas de Gratzner, qui trouva dans la tumeur des fibres musculaires lisses.

Il s'efforce de prouver que ces néoformations sont des fibromes développés au dépens de l'appareil « syndesmologique », aponévroses et tendons, et, de là, il en déduit le mot nouveau de « desmoïdes » qu'il leur attribue. »

Labbé et Rémy, Guyon, dans les 100 cas de tumeurs fibreuses de la paroi abdominale qu'ils étudièrent, concluent qu'elles se présentent au moment de l'activité sexuelle, qu'elles sont toujours inter-aponévrotiques et n'adhèrent primitivement ni au péritoine ni à la paroi.

Les ruptures, les déchirures, les éraillures qui se produisent

pendant les efforts de l'accouchement en seraient le point de départ. — Pour Labbé surtout, le véritable agent : *c'est l'effort*.

Lequette dans sa thèse, Lille, 1894 : « Nous ne sommes pas de l'avis de Labbé, qui fait de l'effort un phénomène indispensable à la production de l'épanchement sanguin intrapariétal. La grossesse produit une distension des muscles et des aponévroses. Cette distension ne peut-elle pas causer des ruptures de ces tissus au même titre qu'elle produit des éraillures du tissu sous-épidermique, qui constituent les vergetures et amener la déchirure des vaisseaux qui les sillonnent. Ou bien encore, les vaisseaux ne se prêtant pas à la distension de la paroi abdominale ne peuvent-ils pas se rompre même sans déchirure des muscles et des aponévroses et occasionner un épanchement sanguin dans les tissus, lequel va produire un hématôme. »

M. le Professeur agrégé Venot, de Bordeaux, relate dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, du 21 juin 1903, un cas de fibrome de la paroi abdominale survenu chez une jeune multipare un an après un accouchement, et à l'occasion d'une brusque contraction musculaire : la femme était montée sur le haut d'une échelle appuyée contre un arbre. Dans un faux mouvement, l'échelle tomba, et la malade put se cramponner à une branche ; mais au moment de l'effort brusque et violent qu'elle fit pour se retenir, elle ressentit un craquement et une douleur vive dans la paroi, au niveau de la partie médiane de la région ilio-inguinale gauche ; presque aussitôt apparut en ce point une petite tuméfaction dure.

Quelque temps après, à l'occasion d'efforts faits pour charger des bagages, la tumeur se mit à augmenter.

Deux points me paraissent devoir être relevés, dit M. Venot, dans cette observation, l'un relatif à la cause, l'autre à la marche de la tumeur.

Chez cette jeune femme, un fibrome de la paroi abdominale survient un an après un accouchement. Y a-t-il entre cet accouchement et ce fibrome une relation de cause à effet ? Ou bien, au contraire, la tumeur reconnaît-elle comme cause directe l'effort violent que la malade a dû faire au moment de

son accident ? On pourrait supposer que le fibrome existait déjà au moment de l'accident qui n'a fait que le révéler. Il est probable, cependant, que le début ne date que de l'accident. Quoiqu'il en soit, le mécanisme est le même dans l'un et l'autre cas, effort de la paroi abdominale pendant l'accouchement ou pendant l'accident ; la lésion est la même : petite rupture musculaire, foyer hémorragique, prolifération fibreuse.

Le rôle étiologique du traumastisme est ici indiscutable.

Le second point est relatif à la marche de cette tumeur. Cette évolution s'est faite en deux périodes : période de début pendant laquelle la tumeur ne dépasse pas le volume d'une noisette et période d'accroissement consécutif à un second traumatisme où, dans l'espace d'un mois et demi la tumeur atteint le volume du poing. »

CHAPITRE IV

**SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC. —
PRONOSTIC. — TRAITEMENT**

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Ces tumeurs évoluent lentement, sans douleur, et ne se manifestent guère que par des signes physiques.

Aussi, les malades ne se présentent-elles au chirurgien que lorsque le fibrome a suffisamment évolué pour occasionner des troubles de compression ou lorsque son volume même est pour elles un objet d'inquiétude.

Si leur examen est pratiqué assez tôt, on peut se rendre compte assez facilement de la plus ou moins grande adhérence avec les muscles de la paroi, il suffit pour cela de faire contracter ces muscles et de voir si la tumeur reste mobile ou non.

Le diagnostic de ces néoformations peut être assez facile au début de leur évolution, c'est-à-dire à un moment où presque jamais elles ne sont examinées. Plus tard, elles ont contracté de telles adhérences avec le péritoine d'une part, la vessie et les organes génitaux d'autre part que le diagnostic certain est à peu près impossible ; tout au plus la consistance, et l'évolution lente et indolente peuvent-elles faire porter un diagnostic de probabilité.

Il sera facile de distinguer de ces fibromes toutes les tumeurs de la paroi : hématomé, hernie musculaire, lipôme, tumeurs malignes, tumeurs syphilitiques (tertiaires).

A propos de ces dernières, Nélaton a insisté sur les caractères de la peau :

« Les téguments sont un peu altérés, il y a un léger changement de coloration, le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré ; cet œdème est minime, mais il est appréciable.

Par une pression un peu prolongée et soutenue pendant une minute environ, on obtient une légère dépression qui constitue un signe caractéristique de premier ordre. »

Péan, dans son traité « Diagnostic et traitement de tumeurs de l'abdomen et du bassin » déclare à propos des tumeurs sous-musculaires ou sous-péritonéales : « Il est important de pouvoir affirmer si la néoformation est intra ou extrapéritonéale. On aura les plus grandes présomptions que la tumeur est extrapéritonéale quand, refoulant les parois, il sera possible d'engager les doigts au-dessous d'elle, de la soulever et de la dégager des parties profondes. »

Ceci peut s'appliquer aux tumeurs sous-péritonéales d'un petit volume.

Le diagnostic avec les tumeurs de la vessie à évolution périphérique, ne pourra être fait qu'après l'opération et par l'examen histologique.

Il sera quelquefois difficile de distinguer le fibrome des tumeurs solides primitives du tissu cellulaire pelvien, à gros volume, étudiées par Lereboulle, thèse Bordeaux, 1920.

Les tumeurs du ligament large, à évolution abdominale, pourront être confondues facilement ; cependant, leur évolution semble moins symétrique, l'utérus sera plus ou moins déplacé et dévié, la vessie au lieu d'être entourée, sera refoulée et comprimée derrière le pubis ou si elle a contracté des adhérences, elle sera étalée au devant de la masse. Enfin, l'examen anatomo-pathologique pourra apporter un élément important.

Il faudra penser au kyste de l'ovaire, tumeur de l'ovaire, fibrome utérin plus ou moins pédiculé, tumeur de l'épiploon.

Il sera facile de voir si l'origine est hépatique. On pensera aux enchondromes du bassin, aux tumeurs stercorales, aux tumeurs du ligament rond.

On devra se demander si la femme n'est pas enceinte.

En résumé, le diagnostic précis ne pourra être fait qu'après l'extirpation de la tumeur et par le microscope. Tout au plus sera-t-il possible de porter, avec probabilité seulement, le diagnostic de tumeur fibreuse.

PRONOSTIC

Ces fibromes purs à évolution lente sont des tumeurs bénignes ; cependant, il est à conseiller de les extirper le plus tôt possible, et de ne pas attendre qu'elles aient contracté des adhérences trop importantes avec le péritoine et qu'elles aient, par leur compression, déterminé des troubles chez le sujet.

De plus, le fait de se développer symétriquement, de cliver les organes en s'infiltrant dans les espaces décollables, à l'occasion des différents traumatismes, nous paraît être, au point de vue clinique, un élément de plus ou moins grande gravité.

Si la tumeur n'est pas enlevée en totalité une évolution relativement rapide peut être déclanchée par un effort, un accouchement ou un traumatisme quelconque.

CONCLUSION ET TRAITEMENT

Il peut exister entre la paroi abdominale antérieure et le péritoine sous-jacent des tumeurs fibreuses, susceptibles d'une part d'acquérir un volume considérable, et d'autre part, de pousser des prolongements dans tout le bassin.

Nous en rapportons un cas exceptionnel dû à M. le Professeur Delmas, dans lequel une tumeur fibreuse de 10 kilos se développa dans le tissu cellulaire sous-péritonéal antérieur et évolua en clivant les espaces décollables, refoulant le péritoine, entourant la vessie, enfonçant ses prolongements dans les fosses iliaques et dans l'espace vésico-utérin.

Ces tumeurs sont très rares et les cas que nous avons pu retrouver ne reproduisent pas absolument celui que nous avons observé.

Leur pathogénie est obscure ; il est probable qu'elles se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal antérieur et que le traumatisme des grossesses et des accouchements successifs a un rôle dans leur éclosion.

Il est nécessaire de les enlever chirurgicalement.

a) Lorsque le décollement du péritoine à la face postérieure de la tumeur sera possible, on évitera de pénétrer dans la cavité abdominale ;

b) Si les adhérences rendaient ce décollement impossible on réséquera le péritoine adhérent et si la tumeur est d'un volume tel que l'ablation de tout le péritoine qui lui correspond doive empêcher la suture de la séreuse, on cherchera à disséquer le péritoine pour réduire le plus possible l'espace de résection et suturer ;

c) Lorsque le manque de péritoine sera tel qu'on ne pourra réunir, on se trouvera bien de remplacer le péritoine pariétal par une partie du tablier épiploïque suturé aux lèvres de l'excision.

Vu, bon à imprimer :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

D^r C. SIGALAS.

P. BÉGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 2 mars 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- Annals of. Surgery*, t. XLI, p. 823. WHITNEY et HARRINGTON :
subpéritonéal pelvic fibromata.
- Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1914,
p. 771.
- Annales des Maladies des Organes genito-urinaires*, 1910. HEITZ
BOYER et DORÉ.
- Société de chirurgie de Paris. *Bulletin* du 14 décembre 1921.
- BIREAUX, thèse Bordeaux, 1896-97.
- DAMALIX, thèse Paris, 1886. —
- GÉRARD. — Thèse Paris, 1909.
- LABBÉ et RÉMY, 1888, *Traité des Fibromes de la paroi abdominale.*
- BODIN. — Thèse Paris, 1861.
- SALESSES. — Thèse Paris, 1876.
- LEQUETTE. — Thèse Lille, 1894.
- E. FORGUE. — *Précis de Pathologie externe.*
- PEAN. — *Traité des tumeurs abdominales*, 1880.
- HUGUIER. — *Société de chirurgie de Paris*, 22 août 1860.
- GUYON, 1877. — *Tribune médicale*, p. 257.
— *Bulletin de l'ac. de médecine*, 22 mai 1877.
— *Bulletin société de chirurgie*, 1875, p. 546.
- HERZOG. — *Ueber Fibrome der Bauchdecken Vier Fälle aus der Volkmann'schen klinick*, — Munich, 1883.
- SANGER, 1884. — *Ueber desmoïde. Geschwulste der Bauchwand un deren — Operation mit resectio des périto-neum parietale.* Archive f. Gynæcologie Bd XXIV,
H. I.

DANIEL MOLIERE. — *Gazette des Hôpitaux*, avril 1886.

LAGRANGE. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, oct. 1885.

FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de chirurgie*, 1916.

NOIROT. — Thèse Paris, 1897.

VALAT. — Thèse Toulouse, 1913.

LOUBRY. — Thèse Lille, 1903.

WASSYLEVSKY. — Thèse Montpellier, 1903.

O'NEILL. — Thèse Paris, 1901.

GUINARD. — (*Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, t. VII).

PUYAUBERT. — Thèse Paris, 1899.

VENOT. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 21 juin 1903.

NÉLATON. — *Gazette des Hôpitaux*, 1862.

LE BOULAIRE. — Thèse Bordeaux, 1920.

Angoulême — Imp. A. OLIVIER et C^{re}
